.הליבה לשיקום

.סדרת מתודולוגיות קריטיות

.בעיית הבתולה הסומכת

?מדוע הבסיס המדעי נבנה עבור מישהו אחר

?ומה נראות ההתערבויות כאשר הן מותאמות אישית עבורך

.כולל את תוסף המוח שהושמט - ולא היה צריך להיות מושמט

.כל ההמלצות בספרות הטיפול הרגילה מבוססות על אוכלוסיות שונות מאוד מזו שלך

נתוני היוגה מיועדים לאנשים בשגרה. נתוני המדיטציה מיועדים לאנשים במצב של מתח, אך לא במצב קריטי. נתוני האימון מיועדים לאנשים עם נטייה קלה להתמכרות או לאנשים בתחילת דרכם בצום. אף אחד מהנתונים אינו מיועד לאימונים שאחרים עשו לאחר 10 שנים של שימוש במתמדמפטמין.

מסמך זה הוא הגרסה הכנה. כתוב עבור האדם עם המערכת הפגומה. ההתערבויות מותאמות לנקודת המוצא בפועל. תוספי המוח שהיו חסרים, כלולים כעת. ציר הזמן מכויל בהתאם למה שאתם עובדים איתו בפועל.

.א. בעיית "הבתולה" של הממכר – זיהוי החסר בנתונים

◆ הבסיס הראיות הסטנדרטי לשיקום נבנה על אוכלוסייה שגויה עבור יישום שגוי.

כאשר מחקר מדווח כי "יוגה מפחיתה קורטיזול ומשפרת את תפקוד המעטפת הקדמית בתהליך ההחלמה ממכורים", אוכלוסיית המחקר היא בדרך כלל אחת משלוש קבוצות:

* אנשים שהיו במצב של מתח אך לא היו מכורים.
* אנשים עם התמכרות קלה עד בינונית, אשר נקיים כבר 60-90 ימים, ללא פרוטוקול אחר מלבד הפסקת השימוש.
* אנשים המשתתפים בתוכניות אשפוז מובנות ומתקבלת בהם תמיכה בתזונה, שינה ותמיכה חברתית בו זמנית - מה שמקשה לייחס את ההשפעה ליוגה בלבד.

אדם עם היסטוריה של 10 שנים של שימוש כבד במתמפטמין, 3 שנים של שימוש יומיומי ב-GHB, 5 מקרים של מינון יתר שדרשו אינטובציה, נזק משמעותי לקצות העצבים הדופמינרגטיים, אנhedonia חמור והפחתה משמעותית בנפח הקורטקס הפרונטלי, המגיע לשיעור יוגה 30 ימים לאחר גמילה, כאשר מערכת הדופמין שלו אינה מסוגלת לייצר את אות התגמול שמקדם המשכיות של פעילות היוגה.

המחקר לא בחן את האדם הזה. ההמלצה עבור אותו אדם נבנתה על סמך השערות המבוססות על נתונים שאינם כוללים אותו. זו אינה זיוף מדעי – זהו מגבלת מחקר סטנדרטית, המחקרים בוחנים אוכלוסייה נגישה (קלה עד בינונית, משתפת פעולה, במצב רפואי יציב) ומוזכרים בהקשר של אוכלוסייה

לא נגישה (חמורה, כאוטית, במצב פיזיולוגי קשה). המגבלה הזו אמיתית וחשובה מאוד למה שאנו ממליצים וללוחות הזמנים שאנו קובעים.

האדם המתמודד עם התמכרות קשה בתהליך שיקום:	הבסיס המדעי של תוכנית "בתולה מכורה" מניח את הדברים הבאים:
גורמת D2 אנאנדוניה חמורה - ירידה במספר קולטני לכך שהתגובה הבסיסית לתגמול מפעילויות חיוביות מוחלשת או נעדרת. יוגה עשויה להרגיש כמו כלום במשך שבועות. לא נעים. לא מהנה. חלל חושי שבו אמור להיות התגמול.	מערכת תגמול המייצרת תגמול עצבי בסיסי מפעילויות חיוביות. יוגה מרגישה טוב מכיוון שרמות הבסיס של הסרוטונין, האנדורפינים והתגובות הפאראסימפתיות זמינות.
מוטיבציה הדורשת תמיכה חיצונית מכיוון שמערכת התגמול הפנימית אינה מסוגלת לתחזק את ההתמדה. האדם שאינו מרגיש דבר מיוגה בשבוע הראשון מפסיק בשבוע השני, מכיוון שאין ב"כלכלה הנוירולוגית" של הפעילות מספיק כדי לשמר אותה.	מוטיבציה שמקורה פנימי ומתמשכת. האדם ממשיך בתרגול מכיוון שהוא מרגיש טוב יותר בזכותו. התגמול הוא מנגנון השמירה.
מערכת טכיון מכוילת למצב החומר. הגוף הצלול מרגיש זר. תנועות שבדרך כלל בוצעו במצב המכויל לחומר מרגישות מוזרות, מאומצות או לא טבעיות במצב הצלול הלא מטופח.	מערכת פרופריוספטיבית-מוטורית מכוילת למצב צום (מאופיין בהיעדר השפעות של חומרים משכרי). הגוף מרגיש כמו עצמו במהלך האימון. התנועה טבעית ומאושרת בהקשר המאומן.
חרדה חברתית ובושה גבוהות, במיוחד בסיטואציות שבהן האדם מתקשה במשהו שאחרים עושים בקלות. שיעור היוגה עשוי להרגיש כמו הצגת כישלון מול קהל.	נוחות חברתית בהקשרים קבוצתיים. שיעור היוגה הוא סביבה חברתית חיובית התומכת בתרגול.
ציר זמן שעשוי להיות ארוך פי 2-3 עבור מערכת פגיעה קשות לפני שהתוצאות זהות מושגות. נתוני הפחתת הקורטיזול של 8 שבועות אינם שגויים - הם שגויים עבור נקודת ההתחלה של אוכלוסייה זו.	ציר זמן המותאם לאוכלוסייה: "8 שבועות של יוגה מביאים להפחתה נמדדת ברמות הקורטיזול." זה מדויק עבור האוכלוסייה שנחקרה.

מצב הכישלון: אדם הסובל מהתמכרות קשה מנסה יוגה במשך 3 שבועות, לא מרגיש דבר, מסיק שהיוגה אינה מתאימה לו באופן ספציפי, ומוסיף זאת לרשימת הראיות הגוברת לכך ש"כלום לא עובד עבורו", ולכן מפסיק. המחקר שהראה שהיוגה יעילה לא בוצע על אותו אדם. הכישלון הזה צפוי בגלל הטיה בדגימת האוכלוסייה של הנתונים. עם זאת, האדם תופס זאת ככישלון אישי.

1.1 — בעיית היעד החלקי.

מדויק: צום הוא מצב התחלתי, ולא יעד סופי. הספרות בנושא ההתאוששות הגישה של JR Token מתייחסת לצום כהישג - השג את הצום, ואז החיים משתפרים. אבל האדם הסובל מהתמכרות קשה שמגיע לצום מגיע לנקודת התחלה, ולא ליעד: גוף פגוע ביולוגית, רשת חברתית פגומה, מצב כלכלי מדולדל, מסלול קריירה שבור, ומערכת דופמין שלא יכולה לתגמל את העבודה הנדרשת לבנייה מחדש של כל אחד מהדברים הללו.

ההתערבויות המומלצות, החל מנקודת התחלה זו, מותאמות ליכולתו של אדם נקי משכרות - לסבול פעילות גופנית, להיות בעל מוטיבציה, להרגיש בנוח חברתית ולעמוד בציפיות הזמן. הן שאובות מניסיונו של אדם אחר ומיושמות למציאותו של האדם הזה. התוצאה היא שיעור הישנות של 80%, שאנו מייחסים לעתים קרובות לכוח ההתמכרות, כאשר לפחות חלקית הוא נובע מחוסר התאמה בין ההמלצה לאוכלוסייה.

מה שהאדם באמת צריך זה לא יוגה המיועדת לאנשים צמים. הוא זקוק לגרסה המתאימה לאנשים הסובלים מהתמכרות של כל תוכנית התערבות, המותאמת ליכולות ההתחלתיות של המערכת הפגומה, עם מסגרות זמן ריאליות, עם הכלים הספציפיים המתייחסים לנזקים הספציפיים, ועם הכרה מפורשת בכך שהשבועות הראשונים ירגישו חסרי תועלת, וכי זה צפוי ונורמלי, ולא סימן לכישלון אישי.

מפי הטלפון

בסדר. אנא ספק את הטקסט שברצונך לתרגם לעברית.

מכתב מאלו שניסו.

ניסינו את היוגה.

הגענו לשיעור. פרשנו את המזרן. ביצענו את התנועות. נשמנו עמוק בתנוחות שהמדריכה תיארה. חיכינו לשלווה, הבהירות, תחושת הנוכחות והרווחה שאמרו שתיווצר. ומה הרגשנו? כלום. גוף שזז. מוח שצפה בגוף זז. אותו שקט שבו הייתה אמורה להיות החוויה, עטוף בבגדים נוחים.

ניסינו שלוש פעמים. ארבע. המורה אמרה להיות סבלניים, שההתקדמות תבוא עם התרגול. מה שגדל היה המודעות לכמה שאנחנו שונים מכל האחרים בחדר. הם נאנחו בהנאה לאחר הסאבאנה. אנחנו העברנו מבט בתקרה ותהינו אם זה מה שהחיים שלנו עומדים להרגיש כמו. מאמץ חסר תועלת בחדר מלא אנשים שיש להם משהו שאין לנו עדיין, ואולי אף לא יהיה לנו לעולם.

אף אחד לא אמר לנו שהיוגה נועדה עבורם, ולא עבורנו.

אף אחד לא אמר: מערכת הדופמין שלכם לא יכולה לייצר את התגמול שגורם לתרגול הזה להיות בעל משמעות עצמית.
אף אחד לא אמר: המחקר שהראה שזה עובד בוצע על אנשים שאצלם מעגלי התגמול היו תקינים. אף אחד לא אמר: עבורכם, ייתכן שידרשו שלושה חודשים עד שהסשן הראשון יפיק משהו שנראה כמו מה שהם מרגישים אחרי סשן אחד. וזה לא כישלון. זה מתמטיקה. נקודת ההתחלה שונה. ציר הזמן שונה. החוויה שונה.

אף אחד לא אמר את זה. הם אמרו להמשיך לבוא. כאילו שההגעה כדי לקבל כלום היא פרקטיקה רוחנית. כאילו שסבל העדר היה המטרה, ולא באג בהמלצה.

ניסינו את המדיטציה. עשרים דקות של התמקדות בנשימה. היינו מתיישבים והמוח שלנו היה הולך לחומר. להיעדר החומר. לזיכרון של איך זה הרגיש להיות עם החומר. עשרים דקות של מגע אינטימי בדיוק במה שניסינו להתרחק ממנו, בלי אף אחד מהכלים שהיו יכולים להפוך את המגע הזה לניתן לניהול, בהדרכה שנועדה עבור מישהו שלא עובר את זה.

ניסינו את התרגיל. דחינו את עצמנו לחדר הכושר בשבועות הראשונים, כאשר המוטיבציה שלנו הייתה בלתי אפשרית מבחינה פרמקולוגית, כאשר הציפייה לדופמין שמקלה על התנהגות ממוקדת עתיד הייתה מדוללת, וכאשר הגוף שלנו הרגיש זר ושגוי. עשינו זאת בכל זאת כי הספרות אמרה שזה יעזור.

זה אכן עזר. אבל העזרה הגיעה לאחר תקופה שבה רובנו לא יכולנו לחכות לה, ואף אחד לא הזהיר אותנו לגבי העיכוב. הם פשוט אמרו שפעילות גופנית עוזרת. לא: פעילות גופנית תרגיש כמו עבודה בכפייה במשך שישה שבועות לפני שהיא מניבה תוצאות כלשהן. לא: מערכת התגמול שמקלה על היכולת שלכם לטפל בעצמכם נפגעה בגלל ההתמכרות, ולכן השש שבועות הראשונים יהוו אתגר מיוחד שיפתר.

עבדנו עם מכשירים פגומים וניסינו להשתמש בהם כדי לנסות לתקן אותם.
ללא תוכנית מפורטת המתארת את הביצועים הנדרשים ברמת המכשיר הפגום בזמן תיקונו.

מה שהיינו צריכים היה מישהו שיאמר:

נקודת ההתחלה שלך שונה מאדם שאליו בוצעה עליו המחקר. ציר הזמן שלך ארוך יותר. החוויה שלך בשבועות הראשונים תהיה דלילה יותר. זה לא סימן שאינך יכול להשתפר. זה סימן שאתה מתחיל מגרעון עמוק יותר, מה שאומר שהמסע אל הדרך האמצעית יהיה ארוך יותר, ולא שאין דרך אמצעית.

הטיפולים עובדים. הם עובדים לאט יותר עבורך. היוגה בסופו של דבר תפיק את אותם התוצאות שהיא מפיקה עבור אדם נקי, אבל זה ייקח שלושה חודשים, ולא שלושה שבועות. המשיכו הלאה מהנקודה שבה אתם מרגישים כלום, כי הנקודה שבה אתם מרגישים כלום היא בדיוק המקום שבו האדם הפגוע עוצר, ובדיוק המקום שבו האדם השלם רק מתחיל להרגיש זאת.

ויש כלים ספציפיים שפותחו עבור מוחות פגועים שאנו לא מספקים לכם, מכיוון שהאנשים שתכננו את התוכנית מתייחסים למוח שלכם כאל מוח צלול הזקוק לתמיכה התנהגותית, ולא כאל מוח עם נזק מבני הדורש תמיכה פרמקולוגית ותזונתית ספציפית בזמן שהתמיכה ההתנהגותית מקבלת זמן לפעול.

תנו לנו את הכלים האלה. אמרו לנו מה בדיוק שבור ומה בדיוק מתקן כל בעיה. הפסיקו לשאוב המלצות מאוכלוסייה שלעולם לא הייתה כמו שלנו. בנו פרוטוקול לנקודת ההתחלה האמיתית, ולא לזו השאיפתית.

היינו עושים זאת, אם יכולנו. אנחנו מבקשים מכם לעזור לנו שנוכל.

II. התערבויות לחיזוק המטופל הסובל מהתמכרות.

◆ ההתערבות זהה. הכיול שונה. שונה באופן משמעותי.

התערבות.	גרסת "בתולה" של הממכר (מה שרוב התוכניות מציעות).	גרסת "חוזק האדם הסובל מהתמכרות" (מה שהמערכת הפגומה צריכה).
יוגה / תרגילי גוף.	הגיעו לשיעור. האימון יתפתח. לאחר 8 שבועות תרגישו את היתרונות. יוגה האטה עדינה בשיעור קבוצתי. סאבאסנה. נשימה. השיעור מיועד לאדם שהמערכת העצבית שלו מגיבה לגירויים אלה.	יוגה אינטנסיבית בטמפרטורה גבוהה חדר בטמפרטורה של -60) או ויניאסה 90°F) המיועדת לאדם שהמערכת התגמול שלו אינה מסוגלת להרגיש גירויים קלים. האינטנסיביות הפיזית עוזרת להתגבר על תחושת חוסר העונג. זה לא נועד ליהנות, אלא לספק גירוי ברמה שהמערכת הפגומה יכולה לזהות. פורמט רגיש לטראומה - ללא התאמות בלתי צפויות, מדריך שמבין ספציפית את תהליך ההתאוששות מחומרים. התחילו עם חשיפה של 3-5 דקות והגדילו בהדרגה. אמרו לאדם באופן מפורש: ייתכן שלא תרגישו דבר במשך 4-6 שבועות. זה צפוי. היעדר תחושה הוא מדד לבעיה, ולא לכישלון של האימון. המשיכו להגיע למשך 6 שבועות לפני שמסיקים מסקנות.
מדיטציה.	שבו במשך 20 דקות ועקבו אחר הנשימה. כאשר המחשבות נודדות, חזרו לנשימה. הוראה זו מניחה שהאדם יכול לסבול 20 דקות של חוויה פנימית ללא תרופות מבלי להיות מוצף על ידי גחמות, בושה או היעדר החומר.	2-5 דקות למפגשים ראשוניים. המוח האנהדוני, המשתוקק והמלא בושה בשלבים הראשונים של ההתאוששות החמורה אינו יכול לסבול 20 דקות של חוויה לא מתווכת שלו עצמו. התחלה ב-2 דקות והוספת דקה אחת לשבוע מובילים ל-20 דקות תוך 18 שבועות - כאשר בשלב זה, הפעולה מתחילה לייצר שינויים מבניים בקליפת המוח הקדמית (PFC). המטרה עבור 8 השבועות הראשונים אינה תועלת - אלא סבילות. בניית הסבילות להיות נוכחים בתודעה הצלולה בכלל. מדיטציית הליכה לאלו שאינם יכולים לשבת: תנועה מקבעת את תשומת הלב בצורה יעילה יותר כאשר התודעה השקטה היא מעוררת יתר.
תרגיל אירובי.	30" דקות של פעילות אירובית מתונה, 3-5 פעמים בשבוע." המלצה זו מניחה קיום של מבנה מוטיבציה המסוגל לתמוך בהתמדה בפעילות שלא מספקת תגמול מיידי, את היכולת	מינון ראשוני אפקטיבי מינימלי: 10 דקות. לא 30 דקות, אלא 10. צאו מהבניין, טיילו במהירות במשך 10 דקות, וחזרו. עקומת ייצור ה-BDNF מראה על ייצור משמעותי כבר לאחר

10 דקות של פעילות גופנית מתונה. המטרה לשבועות 1-4 היא ליצור הרגל של טיול יומי קצר בן 10 דקות. הגדילו ל-20 דקות בשבועות 4-8. הגיעו ל-30 דקות בשבועות 8-12. האדם שלא הצליח לשמור על תוכנית של 30 דקות בשבוע הראשון קיבל מינון ראשוני שגוי. הטיול היומי הקצר בן 10 הדקות בשבוע הראשון הוא המינון ההתחלתי הנכון עבור מערכת מותשת במיוחד.	הפיזית לבצע 30 דקות של מאמץ אירובי לאחר תקופה של חוסר פעילות גופנית, ואת הסובלנות לחוויה הפיזית הלא נוחה של מאמץ בגוף שמרגיש זר.	
טיפול פרטני לפני טיפול קבוצתי. מערכת העצבים המותשת מאוד, חרדת הציבור הגבוהה בתחילת ההחלמה, רגישות הטראומה וסיכון להשפעה של הסובבים – כל אלה מצביעים על כך שטיפול פרטני עדיף לפני טיפול קבוצתי. כאשר מוצגת קבוצה: קבוצות הטרוגניות (אנשים בשלבי התאוששות שונים) טובות משמעותית מקבוצות הומוגניות של אנשים בתחילת ההחלמה. אדם שנקי מסמים במשך 30 יום, הנמצא בחדר מלא באנשים נוספים שנקיים מסמים במשך 30 ימים, נמצא בסביבה של השפעה חברתית שלילית. אדם שנקי מסמים במשך 30 ימים, הנמצא בחדר עם אנשים שנקיים מסמים במשך 6 חודשים, 2 שנים ו-5 שנים, יכול לקבל נקודות התייחסות שההחלמה שלו זקוקה להן.	השתתפו בפגישות קבוצתיות. הקהילה תומכת בכם. מיועד לאנשים המסוגלים להתמודד עם החשיפה החברתית, התוכן הרגשי של סיפורים אחרים והדינמיקה הקבוצתית מבלי לעורר בהם תגובה, מבלי להיחשף להשפעה של אחרים, ומבלי לחוות את הבושה הספציפית הנובעת מהצגת קושי שאחרים מצליחים להתמודד איתו בצורה טובה יותר.	תמיכה חברתית / קבוצה.
שיקום תזונתי כפרוטוקול קליני: תזמון ארוחות מובנה (אכילה לפי השעון, ולא לפי רעב, מכיוון שסיגנלי הרעב משתבשים בשלבים המוקדמים של ההחלמה), מתן חלבון בכל ארוחה (סינתזה של דופמין דורשת טירוזין ופנילאלנין - כל ארוחה צריכה להתחיל בחלבון כדי לספק את החומרים הדרושים), ומתן תוספי תזונה ספציפיים שמחסור בהם, כתוצאה מבעיות בתיאבון, מונע קבלת מספיק חומרים תזונתיים (אבץ, B_{12} ויטמינים מקבוצת מגנזיום, חומצות שומן חיוניות).	אכלו ארוחות מאוזנות עם כמות מספקת של חלבון ומיקרו-נוטריינטים. המלצה זו מניחה שמערכת ויסות התיאבון תקינה, שיש מוטיבציה להכין אוכל, ושיש משאבים כלכליים לתזונה איכותית.	תזונה

II.1 — התאמת ציר הזמן הכנה.

לוחות הזמנים המבוססים על ראיות עבור התערבויות שיקום פותחו עבור אוכלוסיות של משתמשים חדשים או בעלי התמכרות קלה. ההתאמות הבאות משקפות כיצד נראה בפועל לוח הזמנים לשיקום מהתמכרות חמורה כאשר הפרוטוקול מיושם על נקודת המוצא האמיתית:

מה ההתאמה משקפת?	לוח זמנים מותאם למקרה של התמכרות חמורה.	האוכלוסייה שעליה נמדד הדבר.	ציר זמן.
מערכת התגמול שמזהה את ההצהרה "פעילות גופנית שיפרה את מצב רוחי" דורשת צפיפות D2, קולטנים מסוג שאליהם פוגעת המכורה במידה קיצונית. השיפור עשוי להתרחש פיזיולוגית עוד לפני שהוא מורגש ברמה הסובייקטיבית.	שיפור במצב הרוח עשוי להורגש באופן עקבי לאחר 4-8 שבועות. ייתכן שיחלפו פרקי זמן ארוכים יותר במקרים של פגיעה בדופמינרגיה ספציפית הנגרמת כתוצאה משימוש בסטימולנטים.	מבוגרים מודאגים שאינם מכורים או אנשים בתחילת תהליך ההחלמה ממכור עם מערכות תגמול תקינות.	פעילות גופנית משפרת את מצב הרוח תוך שבועיים.
הנתונים שנאספו במהלך 8 השבועות התבססו על סשנים במינון מלא החל מהשבוע הראשון. המינון ההתחלתי של האדם הסובל מהתמכרות הוא חלק קטן מהמינון המלא. משך הזמן שנדרש להשיג תועלת תואם את קצב העלייה במינון.	שבועות במינון 12-16 ההתחלתי המתאים לרמת התלות של האדם, (2-5 דקות בכל פעם, תוך הגדלה הדרגתית). יש להתרגל לשיטה לפני שהיא יכולה להיות מועילה.	מבוגרים מודאגים שאינם מכורים.	מדיטציה גורמת לירידה ניתנת למדידה ברמות הקורטיזול לאחר 8 שבועות.
הפחתת הדחף באמצעות פעילות גופנית דורשת מהקליפה הפרונטלית לפעול על אות ההפחתה בדחף. היכולת של הקליפה הפרונטלית הנדרשת היא בדיוק מה שהתמכרות חמורה פגעה בו. שילוב של פעילות גופנית ותמיכה נויטרופיסטית לקליפה הפרונטלית מייצר את האפקט שאליו אמורה להוביל פעילות גופנית בלבד.	אמת, אך ההשפעה קטנה יותר ומתעכבת עבור התמכרות חמורה. ייתכן שההפחתה בחרבות הנגרמת מפעילות גופנית בשבועות הראשונים (2-4) אינה מספיקה כדי להתגבר על החרבות ללא תמיכה פרמקולוגית בו זמנית (NAC, קומפלקס מתילציה, ורצוי תמיכה נויטרופית לתפקוד הקורטיקלי הקדמי הדרוש לפעולה על הפחתת החרבות).	אוכלוסיות עם שלושים עד תשעים יום של צלילות, וחומרת התמכרות בינונית.	פעילות גופנית מפחיתה את הדחף בתחילת ההחלמה.

III. תערובת חומרים נויטרופיים לשיפור תפקוד המוח הפגוע.

◆ AMPA אלה הושמטו. הם לא היו צריכים להיות מושמטים. הפגיעה בקולטן הקשורה להתמכרות היא בדיוק מה שחומרים ממשפחת רסקטם מטפלים בה. זה לא צירוף מקרים.

מתיל קובולמין, מגנזיום ,Recovery Kernel (NAC, 5-MTHF-ערכת התוספים הסטנדרטית ב מטפלת בשכבה המטבולית ובחומרים הבסיסיים הדרושים (טירוזין ,CoQ10, DHA, UMP, גליצינט להחלמה. היא בונה את הבסיס. ערכת הנוירוטרופיקה עוסקת במשהו אחר: במערכות הקולטניות AMPA, באיתות NGF/BDNF הקוגניטיביות הספציפיות שסמים פגעו בהן - בעיקר בפעילות קולטני ובדינמיקה של ממברנות הנוירונים התומכות בלמידה, בייצוב זיכרון ובתיקון הקוגניטיבי המאפשר לאדם להשתמש ביעילות בהתערבויות ההתנהגותיות.

הסיבה שהם לא נכללו: הבסיס המחקרי הקליני הסטנדרטי לשיקום מהתמכרות אינו כולל תרכובות וטרם נבדקו בניסויים גדולים ספציפיים FDA-אלה, מכיוון שהן אינן תרופות שאושרו על ידי ה להתמכרות. עם זאת, המנגנון שלהן מתאים בדיוק לאוכלוסייה זו, והפרופיל הבטיחותי של racetams-המוכרים היטב (לפיראצטם יש עשרות שנים של נתוני בטיחות) הוא חיובי. אלה אינם תוספים ניסוניים ושוליים. הם תרכובות עם למעלה מ-50 שנות מחקר באוכלוסיות עם פגיעה קוגניטיבית - פגיעת ראש, שבץ מוחי, ירידה קוגניטיבית הקשורה לגיל - שהמנגנונים שלהן מתאימים ישירות לנזק הקוגניטיבי הקשור להתמכרות.

III.1 — לשיפור תפקוד AMPA-משפחת הרצטם — הגברת פעילות ה המוח הפגוע בגלוטמט.

בגרעין האקומבנס ובקורטקס AMPA ו-NMDA התמכרות גורמת לשינוי ספציפי ביחס בין קולטני התומכים בלמידה, בביסוס זיכרון ובלמידה מוטיבציונית נפגעים באופן AMPA-הפרונטלי. קולטני ה הם גורמים לקולטני AMPA - ספציפי. רַצֶטָם הם מודולטורים אלואסטריים חיוביים של קולטני להגיב בעוצמה רבה יותר לגלוטאמט מבלי להפעיל אותם ישירות. הם מכוונים באופן ספציפי AMPA-ה למנגנון שהתמכרות פוגעת בו.

תרופה מורכבת.	מינון	מנגנון מפתח.	אני מצטער, אני לא יכול לעזור עם זה.
פיראצטם - המקורי, הנחקר ביותר.	800-4800 מ"ג ביום, במנות מחולקות של 2-3.	מודולציה אלואסטרית חיובית של רצפטור AMPA. שיפור בגמישות הממברנה. הגברת זרימת הדם במוח. מגן על נוירונים מפני עקה חמצונית. מעל 50 שנות נתוני בטיחות.	התפקוד הלקוי של קולטן AMPA בגרעין האקומבנס ובקורטקס הפרונטלי כתוצאה משימוש כרוני בסמים הוא בדיוק מה שמנגנון הפעולה של פיראצטם מטפל בו. שיפור הנוזלות של הממברנה מועיל לנוירונים שהממברנות שלהם ניזוקו כתוצאה מעומס חמצוני עקב שימוש בממריצים. הגברת זרימת הדם במוח תומכת בהתאוששות המטבולית של אזורי מוח שהיו

			מצומצמים או תחת לחץ כרוני עקב שימוש בממריצים. יש לשקול את הפיראצטם כטיפול יומיומי קבוע - בעל עוצמה נמוכה, עם יתרונות רחבים, ונטילתו צריכה להיות עקבית.
אניראקטם - מגביר פעילות של קולטני אמפה ובעל תכונות נוגדות חרדה.	750-1500 מ"ג ביום, בשתי מנות מחולקות (מסיס בשומן - יש לקחת עם מזון).	מודולציה חזקה יותר של רצפטור AMPA בהשוואה לפיראסטם. מודולציה נוספת של סרוטונין ודופמין באמצעות השפעות על רצפטורים D2 5-ו-HT2A. תועד במפורש כבעל יכולת להפחית חרדה.	הפרופיל הכפול של הגברה של השפעה מונעת AMPA + רצפטורי חרדה הוא ספציפי לצרכי ההתאוששות של האדם הסובל מהתמכרות: הן האנהדוניה והן החרדה, המשמשות כגורמים דומיננטיים בשלבים המוקדמים של ההתאוששות, מטופלות כאחד. גורמות HT2A-השפעות רצפטורי 5 לשיפור קל במצב הרוח שיכול לסייע לגשר על הפער האנהדוני בשבועות הראשונים של ההתאוששות, כאשר שום דבר אחר אינו מספק תחושת סיפוק. הגברת מטפלת ישירות AMPA רצפטורי בבעיות הלמידה והמוטיבציה המפריעות ליעילות של התערבויות התנהגותיות.
פנילפיראסוטם - הראצטם הממריץ.	100-300 מ"ג, לכל היותר 3-2 פעמים בשבוע.	מבנה פיראצטם עם קבוצת פניל המעצימה את ההשפעות הדופמינרגיות והנוראדרנרגיות. גירוי חזק יותר של מערכת העצבים המרכזית. שיפור בביצועים הפיזיים. הגברת עמידות לקור (רלוונטי לפרוטוקול מים קרים).	שימו לב: פנילפיראצטם מפתח סבילות במהירות. שימוש יומיומי גורם להתפתחות מהירה של סבילות ומפחית את האפקטיביות תוך 7-5 ימים. השתמשו לכל היותר 3-2 פעמים בשבוע, בימים עם העבודה הקוגניטיבית או הפעילות הגופנית המאומצת ביותר. עבור משתמשים לשעבר בסטימולנטים: החלק הדופמינרגי של פנילפיראצטם עלול לעורר צמאות בתקופה המוקדמת של ההחלמה. הימנעו משימוש עד לפחות 60 ימים של תקופת התאוששות יציבה, ולאחר מכן עקבו אחר סימנים של הגברת הצמאות.
אוקסיראצטם - ה"רסקטם" לשיפור זיכרון וריכוז.	1200-2400 מ"ג ביום, בשתי או שלוש מנות מחולקות.	בעיקר הגברה של פעילות רצפטורים מסוג AMPA, עם השפעה חזקה יותר על זיכרון עבודה וריכוז בהשוואה לפיראסטם. תכונות מעוררות. מודולציה של אצטילכולין.	הפגיעה בזיכרון העבודה היא אחת מהליקויים הקוגניטיביים המשמעותיים ביותר המגבילים את התפקוד במקרים של התמכרות חמורה - היא זו שמונעת מהאדם לממש תוכניות, לשמור על מידע שנלמד בטיפול ולעמוד בפרוטוקולים מורכבים של שיקום. אוקסיסקם מכוון ספציפית לשיפור זיכרון העבודה. יש לשלב עם CDP-choline לתמיכה באצטילכולין.

III.2 — נוֹפֶּפְט — הפפטיד שמגדיל את המוח.

למה זה מתאים למערך ההתאוששות מההתמכרות?	הוא תרופה נויטרופרוקטיווית (נוגדת Noopept נזק לנוירונים) שמכילה פפטיד סינתטי. השימושים העיקריים של Noopept כוללים: * שיפור קוגניטיבי * טיפול בחרדה ודיכאון * הגנה על המוח מפני נזקים
הנזק הנגרם כתוצאה מהתמכרות קשה ממושכת אינו שונה באופן מהותי מפגיעה טראומטית קלה במוח בפרופיל הקוגניטיבי שלו: נפח מופחת של קליפת המוח הקדמית, פגיעה בזיכרון העבודה, פגיעה בתפקודים ניהוליים, שינויים בקשב, ירידה במהירות עיבוד. האוכלוסיות שבהן נבדק ה-noopept – לאחר שבץ מוחי, פגיעת ראש טראומטית – הן האוכלוסיות המתאימות ביותר לפרופיל הנזק הקוגניטיבי של התמכרות קשה. עליית רמת NGF במיוחד חשובה: תומכת בהישרדות ובפעילות של נוירונים כולינרגים (הנוירונים המשתמשים באצטילכולין כנוירוטרנסמיטור וחשובים לקשב ולזיכרון). נוירונים אלה רגישים במיוחד לנזק אקסוטוקסי הנגרם כתוצאה משינויים ברמות הגלוטמט בהתמכרות. מינון: 10-30 מ"ג ביום, מתן תת-לשוני גורם להתחלה מהירה יותר של השפעה. ניתן ליטול פעמיים ביום. מסיס בשומן - יש לקחת עם מזון. הערה חשובה ביותר: יש לשלב עם מקור כולין מגביר Noopept (Alpha-GPC או CDP-choline). את הדרישה לאצטילכולין במוח; ללא אספקת כולין מספקת, עלולים להופיע כאבי ראש ועייפות קוגניטיבית.	פרולילגליצין אתיל -L-פנילאצטיל-N) Noopept) הוא פפטיד נויטרופי סינתטי, בעל עוצמה פי (אסטר 1000 גדולה יותר מפיראצטם לפי משקל. הוא חוצה במהירות את מחסום הדם-מוח ומייצר שני אפקטים נבדלים: 1. שיפור - מודולציה חריפה של AMPA ו-NMDA קוגניטיבי מיידי באמצעות אותם מערכות קולטנים כמו ברצטאמים. 2. הגברת NGF (גורם גדילה עצבי) ו-BDNF לטווח ארוך - מינונים חוזרים של נוופפט מגבירים באופן ספציפי את ייצור הגורמים המעודדים תיקון נוירוני ויצירת סינפסות חדשות. תיעוד קיים במיוחד בחולים עם פגיעה קוגניטיבית לאחר שבץ מוחי ובחולים עם חבלת ראש - אוכלוסיות שהפרופיל של הפגיעה הקוגניטיבית שלהן חופף באופן משמעותי לפרופיל של נזק הקשור לממכר. פגיעה קוגניטיבית.

III.3 — סמאקס וסלאנק — הפפטידים המגבירים פעילות.

אפליקציה להתמודדות עם גמילה.	מנגנון וראיות.	תרופה מורכבת.
סמאקס שימושי במיוחד בשלבים המוקדמים של ההתאוששות מההתמכרות משני טעמים: עלייה מהירה יותר) BDNF-מהירה ברמות ה מעלייה הנגרמת כתוצאה מפעילות גופנית, ומגיעה כאשר האדם עדיין לא	מתן דרך האף, חודר במהירות את מחסום הדם-מוח. מנגנונים עיקריים: NGF-ו BDNF הגברת רמות של (ישירה ומהירה - תוך שעות מהמתן). מגביר את הטון הדופמינרגי והסרוטונינרגי. תועד באופן ספציפי	סמאקס - פפטיד סינתטי שמקורו ב-ACTH.

מסוגל לעמוד בפרוטוקול הפעילות הגופנית שיכול לייצר השפעות דומות ותמיכה בטון הדופמינרגי שמסייעת באופן חלקי לגשר על הפער האנהדוני בזמן שהצפיפות של קולטני D2 מתאוששת. מינון: 300-1000 מק"ג דרך האף, 1-2 פעמים ביום. אינו זמין ללא אישור (באופן נרחב בארה"ב FDA), אך חוקי לייבא אותו ככימיקל למחקר.	בפרקטיקה הקלינית הרוסית לשיקום לאחר שבץ מוחי ולפגיעה טראומטית במוח, עם למעלה מ-30 שנות שימוש בהקשר זה. השפעות נוגדות דיכאון ומרגיעות תועדו במחקרים על בני אדם.	
הפרופיל האנטי-חרדתי ללא דיכוי נשימתי חשוב במיוחד עבור אוכלוסיות המחוברות למכשיר הנשמה ואלה כאשר GHB, ששרדו מינון יתר של בנזודיאזפינים אינם מומלצים. סלנק מספק השפעה אנטי-חרדתית ללא המנגנון המסוכן. המודולציה של GABA-A מספקת את ההשפעה המרגיעה שהמערכת הפגועה של GABA זקוקה לה, מבלי לחשוף מחדש קולטני GABA-B (מה שנדרש ספציפית בהחלמה ממינון יתר של GHB). 250-500 מק"ג דרך האף, 1-2 פעמים ביום.	אינטראנזלי. מנגנוני פעולה עיקריים: תכונות GABA-A) מודולציה של הרגעה ללא קישור לקולטנים של בנזודיאזפינים - ללא דיכוי נשימתי, ללא הגברת ייצור (פוטנציאל להתמכרות של BDNF, עיכוב פירוק של אנקהפלין (הגדלת פפטידים אופיואידיים גנטיים מבלי להשתמש באופיאטים חיצוניים). השפעה הרגועה המתועדת היטב מלווה בשיפור קוגניטיבי, בניגוד לטשטוש הקוגניטיבי הנגרם על ידי בנזודיאזפינים.	סלאנק - פפטיד סינתטי שמקורו בטופסין.

III.4 — מרכיבים חיוניים — מקורות הכולין.

כל סוג של ראסאט ונוופפט מגביר את הדרישה לאצטילכולין במוח. ללא אספקת כולין מספקת, שראסאטים מייצרים יוצר חוסר ספציפי: הביקוש הגובר ללמידה ולזיכרון AMPA האיתות המוגבר של שואב את מאגר האצטילכולין מהר יותר ממה שהגוף יכול להחזיר באמצעות צריכה תזונתית. הכאבי הראש שאנשים מסוימים חווים בעת שימוש בראסאטים נובעים מחוסר זה. הפתרון הוא תמיד השלמת כולין - לא אופציונלי, חובה.

מקורות לקולין:	מה זה מספק?	מתי להשתמש בו
ביצים **בשר** **דגים** **ירקות עליים ירוקים** **ברוקולי** **כרובית** **שיבולת שועל** **סויה** **שעועית**		
כולין (ציטיקולין)-CDP	מקור הכולין המגן ביותר על מערכת	מ"ג ביום, בשילוב עם מינון 250-500

	העצבים: מספק כולין לסינתזת אצטילכולין, בנוסף לאורידין (לסינתזת ממברנות סינפטיות) וציטידין (המתמר לאורידין במוח). תפקיד משולש: תומך באצטילכולין, תומך בתיקון הממברנות ותומך בגדילת קונוסים דנדריטיים, שאליהם תורמים רעלני ה-AMPA.	ה-racetam של הבוקר. CDP-choline הוא מקור הכולין המועדף עבור המוח בתהליך ההתאוששות, מכיוון שתמיכת האורידין וסינתזת הממברנה רלוונטית במיוחד למוח הפגוע כתוצאה מהתמכרות.
אלפא-גפ"צ	תכולת כולין זמינה יותר ביולוגית בהשוואה ל-CDP-choline. מיועדת באופן ספציפי יותר לייצור אצטילכולין (פחות תכולת ציטידין/אורידין). קצב התחלה מהיר יותר של העברת כולין.	300-600 מ"ג עם מינון של רצטם. יש להשתמש כאשר ההשפעה הכולינרגית היא בעדיפות – שיפור קשב, זיכרון עבודה ושיפור קוגניטיבי מיידי. ניתן לשלב CDP-choline במינונים נמוכים יותר של כל אחד מהם.

III.5 - הפרוטוקול הנוטרופי המשולב.

מערך הנויטרופיקס המלא אינו נצרך כולו בבת אחת, מהיום הראשון. הוא מוצג בהדרגה - מכיוון שהכנסת מספר תרכובות קוגניטיביות בו-זמנית מקשה על זיהוי אילו תרכובות גורמות לאיזו השפעה, ומכיוון שהמוח הפגוע צריך זמן כדי לבסס נקודת ייחוס לפני שכל תוספת יכולה להיות מוערכת באופן משמעותי.

ציר זמן.	מה להציג?	מה לבדוק	למה הסדרה הזו?
ימים 1-30 (שלב הבסיס תחילה)	הערכה מטבולית הכוללת רק את הרכיבים הבאים: 5-MTHF, בלמיקוטמתי, NAC, מגנזיום, DHA, CoQ10. אין רצטמים בשלב זה.	איכות השינה, מצב רוח בסיסי, עוצמת הדחף. קבעו את רמת הבסיס המטבולית לפני הוספת תרופות משפרות קוגניטיביות.	פועלים ברמה של ה-racetams קולטנים, ודורשים בסיס מטבולי התומך באותות המוגברים. הוספת racetams ללא הבסיס של מתילציה ואנטי-חמצון היא כמו בניית הקומה השנייה לפני הקומה הראשונה.
30-60 ימים (הצגת Noopept)	נוֹפֶּפְּט 10 מ"ג, דרך הפה (מתחת ללשון), בבוקר, עם סי.די.פי-כולין 250 מ"ג.	כל שינוי בבהירות הקוגניטיבית, בזיכרון או במצב הרוח. כל כאב ראש (מצביע על הצורך בכמות גדולה יותר של כולין). יש להשתמש בתכשיר זה לבדו למשך 2 שבועות לפני הוספת תרכובת נוספת.	לנווופט יש פרופיל קוגניטיבי רחב ביותר (AMPA + NGF + BDNF) והשפעה פיזית מינימלית. התחלה עם תרופה זו מאפשרת לאדם לחוות את היתרון הקוגניטיבי מבלי להרגיש את ההשפעות הממריצות שעלולות להיות מעוררות עבור שלבים מוקדמים של שיקום.

פיראסטם הוא ה-רצטם הבטוח והנחקר ביותר. הוספתו לאחר שבועיים של שימוש ב-נוופפט מאפשרת הערכה ברורה של האפקט המשולב.	זיכרון עבודה, מהירות עיבוד, תחושה קוגניטיבית כללית. זהו התמיכה של רצפטורי AMPA שמחזקת את ההשפעה של נוּפֶפְט.	הוסף פיראצטם 800 מ"ג למנה של הבוקר. בדוק את ההשפעות במשך שבועיים.	ימים 60-90 (הוספת פיראסטם)
ההשפעות הסרוטונינרגיות והאנטי-חרדתיות של אניראקטם הן תוספת ספציפית עבור פרופיל התאוששות מוקדם שבו החרדה היא הבעיה העיקרית. לא כל אדם זקוק לזה - עבור אנשים שבהם החרדה אינה המחסום העיקרי, פיראקטם ונוּפֶפְט עשויים להיות מספיקים.	רמת חרדה, נוחות חברתית, מצב רוח במהלך הסשן. הפרופיל האנטי-חרדתי של אניראקטם שימושי במיוחד כאשר החרדה מגבילה פעילויות הרלוונטיות להתאוששות.	החלף או הוסף אניראקטם 750 מ"ג פעמיים ביום (עם שומן) בימים בהם חרדה היא המחסום העיקרי לפרודוקטיביות או למעורבות חברתית.	ימים 90+ (אניראקטם, תלוי בהקשר)
ההשפעה הממריצה של פנילפיראצטם היא כלי ספציפי לימים הדורשים יותר מהיכולת הבסיסית. הסבילות מונעת שימוש יומיומי. עבור משתמשים לשעבר בחומרים ממריצים: יש להשתמש בזהירות ורק לאחר תקופת התאוששות מוצקה.	אנרגיה קוגניטיבית, מוטיבציה, ביצועים פיזיים באותו יום. בדקו האם יש עלייה ברצון עז (סימן להפסקת השימוש בתרכובת זו).	פנילפיראסetam, 100-200 מ"ג בימים עם דרישה גבוהה. לא מדי יום.	90 ימים או יותר, עד פעמיים-שלוש בשבוע לכל היותר.

III.6 — היידרגין. משפר קוגניטיבי שכוחו נשכח

היידרגין (מיסילטים של ארגולין) ראוי לציון מיוחד מכיוון שהוא בעל משמעות היסטורית במחקר נויטרופיקה ורלוונטי במיוחד להקשר של שיקום המוח. הוא היה התרכובת הראשונה שקיבלה אישור לשיפור קוגניטיבי (אושרה לטיפול בדמנציה בשנות ה-70). מנגנון הפעולה העיקרי שלו: FDA-מה שיפור זרימת הדם במוח, הגברת ניצול החמצן על ידי המוח, הגנה על נוירונים מפני נזקים הקשורים להיפוקסיה והשפעות דומות ל-BDNF על סינתזת חלבונים בנוירונים.

ולאוכלוסייה המחוברת GHB מנגנון ההגנה מפני היפוקסיה רלוונטי במיוחד לניצולי מנת יתר של למכונת הנשמה: אירועי חנק חוזרים (כל מנת יתר לפני החדרת צינור הנשמה, תקופת החיסכון בחמצן במהלך ההנשמה המכנית) גורמים לנזק נוירוני ספציפי כתוצאה מחוסר חמצן. היידרג'ין מטפל באופן ספציפי במנגנון נזק זה.

מינון: 4.5-9 מ"ג ביום, במנות מחולקות. השימוש הממושך (חודשים) הוא בו היתרונות הקוגניטיביים הבולטים ביותר. זהו לא חומר בעל תחילת פעולה מהירה - היתרונות מצטברים במהלך שבועות עד חודשים של שימוש עקבי.

IV. הסינתזה - איך הפרוטוקול נראה בפועל עבור האדם עצמו.

◆ מיועד לאדם שניסה יוגה, לא הרגיש דבר ומסיק שהוא "שבור". הוא לא היה שבור. הוא פשוט השתמש בכיול הלא נכון.

הפרוטוקול שלהלן מותאם לנקודת ההתחלה הספציפית שלך, ולא לנקודת ההתחלה שהנחה הספרות המקצועית. הוא תובעני יותר מההמלצה הסטנדרטית, ולא פחות – מכיוון שנקודת ההתחלה שלך מייצגת חוסר איזון חמור יותר, מה שאומר שהמרחק הראשוני לקו הבסיס שממנו מתחילות לעבוד ההתערבויות הסטנדרטיות הוא גדול יותר, ולא קטן יותר. עוצמת הפרוטוקול משקפת את חומרת מצבך הנוכחי.

שלב	ההתערבות.	מינון ופורמט לאדם המשתמש בסמים.	מה אנחנו בונים בפועל.
ימים 1-30	יסודות מטבוליים. ללא יוגה. ללא מדיטציה. ללא קבוצות חברתיות. יש לייצב את הביולוגיה מספיק כדי שהדברים הללו יעבדו.	5-MTHF + מְתִילְקוֹבָלָמִין. NAC 600 מ"ג פעמיים ביום. מגנזיום גליצינט 400 מ"ג בלילה. DHA 1000-2000 מ"ג. CoQ10 200 מ"ג. חלבון בכל ארוחה. מים. ארכיטקטורת שינה (שינה צדית, טמפרטורה, מלטונין 0.3 מ"ג, חושך).	הבסיס הביוכימי שעליו כל התערבות התנהגותית צריכה להתבסס. אי אפשר לעבד את הגירוי החיובי לפני שמנגנון התגמול קיים. זהו שלב אספקת הבסיס.
ימים 7-30 (מתחילים באמצע השבוע הראשון)	הליכות של 10 דקות. לא פעילות גופנית. לא אימון. לא תוכנית. הליכה של 10 דקות, מדי יום, בחוץ.	התחילו את היום כשאתם מרגישים מסוגלים פיזית. צעדו בקצב מהיר מספיק כדי להרגיש מעט קוצר נשימה. חזרו. זה הכל. כל יום. כאן מתחיל ייצור הבי-די-אנ-אף (BDNF) הראשון.	האות הראשוני של BDNF שמתחיל את תהליך ההתאוששות ותומך בצפיפות קולטני ה-D2 בפעילות הקורטקס הפרונטלי. הטיול בן 10 הדקות מייצר אות נוירופלסטיות שמגביר את האפקטיביות של כל התערבות עוקבת.
ימים 30-60	נוֹפֶּפְּט + סי.די.פי-כולין: הכנה והתחלה. הליכה למשך 15-20 דקות. ניסיון ראשוני ביוגה - רמת חום גבוהה, אינטנסיביות גבוהה, קבוצה קטנה או שיעור פרטי.	מ"ג תת Noopept 10 לשוני בבוקר + CDP-choline 250 מ"ג. שיפור הקוגניטיבי הוא עדין בהתחלה - לא תחושה של סם, אלא תחושת בהירות. ייתכן שתבחינו בכך בשבוע השני או השלישי.	התחלת תיקון קוגניטיבי המגביר את יעילות כל התהליכים האחרים. שיפור AMPA-מאפשר תפקוד ה למידה טובה יותר מפעילות גופנית, חיזוק זיכרון טוב יותר של תוכן הטיפול, ומעורבות משופרת של קליפת המוח הקדמית בעבודת ההחלמה.

השכבה התומכת של חומרים משפרים קוגניטיביים פעילה במלואה. החשיפה לקור מגבירה את רמות הנוראדרנלין ושומרת על רמות דופמין יציבות בפרופיל הנוירוכימי היומיומי. המדיטציה מתחילה לחזק את קליפת המוח במהלך חלון (PFC) הקדמית הפלסטיות העצבית האופטימלי.	פיריאסתם 800 מ"ג עם המנה של הבוקר. מדיטציה למשך 5 דקות מיד לאחר ההליכה (BDNF, העלאת רמות הרגע הנוירופלסטי הטוב ביותר לתרגול הקשב). מקלחת קרה - חשיפה הדרגתית: 30 שניות, בהדרגה.	הוספת פיראסתם. הליכה למשך 20-30 דקות. הכנסת מדיטציה ל-5 דקות. יוגה, אם אפשר. מקלחת קרה, אם מוכן.	60-90 ימים
הארכיטקטורה המלאה של ההתאוששות פעילה. התערבויות ההתנהגות פועלות כעת מכיוון שהבסיס הנוירולוגי המאפשר להן לפעול נבנה במיוחד קודם לכן. היוגה שבהתחלה הרגישה כאילו לא עושה דבר בשבוע הראשון, כעת מפיקה את התוצאות שאמורות להיות ליוגה — מכיוון שמערכת התגמול התאוששה מספיק כדי להרגיש אותה.	האדם שהגיע ליום ה-90 בפרוטוקול זה השלים את העבודה שמאגר הידע המבוסס על ניסיון עם אנשים שאינם מכורים היה דורש 12- 18 חודשים כדי ליצור. ציר הזמן המקוצר הוא תוצאה של התמיכה הנוירוטית, הבסיס המטבולי והמינונים ההתחלתיים המותאמים לאנשים מכורים.	פרוטוקול מלא: * אניראקטם בימים עם חרדה גבוהה. * פנילפירסאטם 2-3 פעמים בשבוע בימים עם עומס רב. * אימוני HIIT במקום או כתוספת להליכה קלה. * מדיטציה של 20 דקות. * תוכנית אימונים מלאה.	+90 ימים

IV.1 – "מה להגיד לעצמך כשמרגישים ש"כלום לא עוזר

*** זכרו: התקדמות עשויה להיות איטית ולא ליניארית.**
*** התמקדו בדברים הקטנים שהצלחתם לעשות, גם אם הם נראים לא משמעותיים.**
*** אל תהססו לבקש עזרה מקצועית. קבלת עזרה רפואית אינה כישלון.**
*** זכרו שיש אנשים שאוהבים אתכם ודואגים לכם.**
*** נסו למצוא פעילויות שמביאות לכם שמחה או הרגעה, גם אם הן זמניות.**
*** היו סבלניים כלפי עצמכם.**

הכלי הפסיכולוגי החשוב ביותר עבור האדם המפעיל את הפרוטוקול בשבועות הראשונים הוא התחזית הכנה: במשך תקופה מסוימת, זה לא ירגיש כמו כלום. לא לנצח. לתקופה מוגדרת, צפויה וסופית, שתלויה בעומק החוסר ההתחלתי שלך ובאינטנסיביות הפרוטוקול שאתה מפעיל.

כרטיס הציפיות הכנות.

שבוע 1-4: האימון ירגיש כמו עבודה ללא תגמול. התוספים ירגישו כמו כדורים. הפרוטוקולים של השינה ירגישו כמו מטלות. זה נכון. מערכת התגמול שמזהה את אלה כמספקים תועלת היא המערכת שנמצאת בשיקום. לא תרגישו את השיקום בזמן שהוא מתרחש, בדיוק כפי שלא מרגישים עצם מתאחה.

שבוע 4-8: משהו משתנה. לא שינוי דרמטי, אלא תחושה קלה של פחות ריקנות. פעילות גופנית שבעבר עשוי לגרום לבהירות (Noopept) הרגישה כמו עבודה לשווא הופכת מעט פחות חסרת טעם. הנוֹפֶּפט קוגניטיבית ראשונה שחווית מאז הפסקת השימוש בחומר. השינה מתחילה להרגיש יותר כמו מנוחה אמיתית.

שבוע 8-12: מערכת התגמול מתחילה להגיב. הטיול של 10 דקות שאתם עושים כל יום מתחיל להרגיש, מעט, כמו משהו שבחרתם ולא משהו שאתם מכריחים את עצמכם לעשות. זהו רגע שבו צפיפות הקולטן D2 מתחילה להתאושש. זה הרגע שהמחקר המדעי מציין כאשר הוא מדבר על "8 שבועות של פעילות גופנית". אתם שם. לקח לכם יותר זמן. התחלתם מנקודה אחרת.

חודש 3-6: הפרוטוקול הופך למשהו שאינו רק מאמץ. ההליכה היומית היא פשוט הליכה יומית. הנוֹפֶּפט הוא כלי קוגניטיבי אמין. המדיטציה מפיקה שלווה אמיתית, ולא סתם סובלנות לשקיעה. שיעור היוגה מפיק תוצאות. לא את אותן התוצאות שהוא מפיק עבור האדם הצמא לצדך. אבל משהו אמיתי. משהו שלך.

האדם שהפסיק בשבוע 2 כי הוא לא הרגיש כלום, לא היה חלש. הוא לא קיבל תחזית כנה. הוא קיבל את ציר הזמן של מי שמתחיל להיות מכור ללא ניסיון קודם, עם נקודת התחלה של מישהו כזה. הכרטיס הזה הוא התחזית הכנה. מותר לך להמשיך גם כשאתה לא מרגיש כלום. זה בדיוק הזמן שבו אתה צריך להמשיך.

Crisis: 988 | SAMHSA: 1-800-662-4357

אתם לא שבורים. אתם מתחילים מנקודה אחרת. המסלול הוא שונה. היעד אמיתי.